

第3号様式

指定小児慢性特定疾病医療機関 変更届出書

該当するものに○をつけてください。		病院・診療所 薬局 訪問看護事業者	
保険医療機関 保険薬局 指定訪問看護事業者	名称	☐	
	所在地	☐	
	電話番号	☐	
	医療機関コード	☐	
開設者 (代表者)	住所	☐	
	氏名又は名称	☐	
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)		☐	
役員の氏名又は職名		☐	(別紙)
上記のとおり、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の14の規定に基づき、 変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行います。			
年 月 日			
開設者			
住 所 (法人にあつては所在地)			
氏 名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)			
京 都 市 長 様			

※変更がある事項に□にチェックを入れてください。

(別紙)

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ ）

[illegible]